

Psychopharmaka und Seelsorge

Dr. rer. nat. Martin Schumacher

1. Einleitung

Die meisten Menschen mit psychischen Problemen, die deshalb einen Arzt (ob dies ihr Hausarzt, ein Psychiater oder Neurologe ist, macht keinen Unterschied) aufsuchen, werden Erfahrungen mit Psychopharmaka machen bzw. schon gemacht haben. Deshalb werden auch die meisten Seelsorger über die Ratsuchenden hiermit in Berührung kommen, und es ist gut und hilfreich, wenn sie, die Betroffenen und die Angehörigen grundlegende Kenntnisse über Wirkungsweise, Nutzen und Risiken von Psychopharmaka besitzen.

Psychopharmaka sind ganz allgemein Stoffe (Chemikalien oder Pflanzenextrakte), die eine erwünschte Wirkung auf die Psyche ausüben. In Wikipedia finden wir die folgende Definition: „Ein Psychopharmakon (Plural: Psychopharmaka) ist eine psychoaktive Substanz, die als Arzneistoff genutzt wird. Sie beeinflusst die neuronalen Abläufe im Gehirn und bewirkt dadurch eine Veränderung der psychischen Verfassung“ (1).

Im Jahr 2018 wurden in der BRD 2,37 Milliarden Tagesdosen Psychopharmaka verschrieben (viele davon von Hausärzten). Mit dieser Menge kann man 6,5 Millionen Menschen, d.h. etwa 8% der Bevölkerung der BRD (hierin sind auch alle Säuglinge, Kinder und Greise eingeschlossen) jeden Tag eines ganzen Jahres mit einem Psychopharmakon behandeln (2). Der Wert dieser Medikamente betrug 1,7 Milliarden Euro. Bezüglich der Zahl der verschriebenen Tagesdosen in der BRD standen Psychopharmaka 2018 an 5. Stelle (nach Mitteln bei Bluthochdruck, Herzbeschwerden, Lipidsenkern und zur Ulkustherapie). Wenn man sich vor Augen führt, dass vor dem Jahr 1950 die Verschreibungshäufigkeit von Psychopharmaka verglichen mit der heutigen äußerst niedrig war, dann erkennt man klar den kometenhaften Aufstieg der Psychopharmaka. Der Anstieg der Verschreibungen ist noch immer ungebrochen. Die Spitzenposition nehmen dabei die Antidepressiva ein. Selbst im letzten Jahrzehnt stieg die Anzahl der verschriebenen Antidepressiva nochmals um mehr als 40%. Wie ist dieser hohe Psychopharmakakonsum zu erklären? Mit der Entdeckung der modernen Psychopharmaka und der Neurotransmitter fing der Niedergang des psychodynamischen Verständnisses psychischer Störungen an, das seit den 1920er Jahren in der westlichen Psychiatrie dominant war dann durch ein biologisches Modell ersetzt wurde. Unter der Annahme, dass biologische Faktoren (z.B. Neurotransmitterungleichgewichte) die wahre Ursache von psychischen Problemen sind, ist eine Behandlung mit chemischen Substanzen, die diese postulierten Ungleichgewichte korrigieren, nur konsequent. Dazu mehr im weiter unten. Dazu kommt, dass bei immer mehr Menschen psychische Störungen diagnostiziert werden. Selbst früher als ganz „normale“ Charaktereigenschaften angesehene Probleme wie Scheu, Ängstlichkeit und Traurigkeit, oder auch Reaktionen auf Probleme des Lebens werden pathologisiert und nun oft medikamentös behandelt. Mittlerweile enthalten die offiziellen Verzeichnisse der psychischen Störungen (ICD-10 und DSM-5) über 400 verschiedene Einträge. In diesen Büchern finden sicher sogar viele „Gesunde“ die Beschreibung eines Krankheitsbilds, das zu ihnen passt. Eine weitere Entwicklung in der psychiatrischen Diagnostik ist die „Multimorbidität“, d.h. das

gleichzeitige Vorhandensein mehrerer psychischer Störungen, die dann jeweils mit einem gesonderten Psychopharmakon behandelt werden. So kann es leicht sein, dass eine Person mit den Diagnosen Schizophrenie, Depression und Ängsten drei oder noch mehr verschiedene Psychopharmaka verschrieben bekommt, obwohl es sich in Wirklichkeit nur um ein einziges Problem handelt. Diese „Polypharmazie“ ist ein Übel unserer Zeit, das es zu vermeiden gilt.

Neben der stark angestiegenen Zahl psychiatrischer Diagnosen muss man feststellen, dass die Anzahl der Verschreibungen von Psychopharmaka sogar noch stärker gestiegen ist. Moderne Antidepressiva und Neuroleptika werden nicht mehr nur bei Depressionen oder Psychosen eingesetzt, sondern zusätzlich auch bei ganz anderen Indikationen wie Ängsten, Zwängen, Persönlichkeitsstörungen, Schlafproblemen, Demenz u.v.m. Der bekannte Amerikanische Psychiater Prof. Allen Frances hat zu dieser Thematik ein informatives Buch geschrieben (3).

Besonders gefährdete Patientengruppen, bei denen Psychopharmaka eingesetzt werden, sind Kinder, Jugendliche und die Alten.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) teilt mit, dass in Deutschland jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Stand Oktober 2020). Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen (15,4 %), gefolgt von affektiven Störungen (9,8 %, unipolare Depression allein 8,2 %). Psychische Erkrankungen zählen in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen (d.h. Krebs) und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um 10 Jahre verringerte Lebenserwartung (4).

Psychopharmaka werden sehr kontrovers diskutiert, wobei sie auf der einen Seite vollständig abgelehnt, und auf der anderen Seite als Heilmittel für alle psychischen Probleme angesehen werden. Die meisten Psychiater haben bezüglich der Psychopharmaka, auch wenn sie die Grenzen der Wirksamkeit und ihre Nebenwirkungen anerkennen, in der Regel eine durchaus positive Meinung. Allerdings gibt es auch eine ganze Reihe von renommierten Deutschen und internationalen Professoren der Psychiatrie, Pharmakologie und Psychologie, die schon seit Jahrzehnten auf eine Überbewertung der Wirksamkeit und auf zum Teil schwerwiegende Nebenwirkungen von Psychopharmaka hinweisen.

Wir möchten versuchen hierzu einen objektiven, wenn auch zugegebenermaßen kritischen Standpunkt, einzunehmen.

Im Folgenden werden nach einem kurzen Abriss der Geschichte der Psychopharmaka zuerst kurz die Wirkmechanismen und dann die verschiedenen Psychopharmakagruppen besprochen. Im letzten Abschnitt findet sich eine zusammenfassende kritische Bewertung der Psychopharmaka und einige Empfehlungen. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis mit erläuternden Anmerkungen schließt diese kurze Ausarbeitung ab. Der interessierte Leser, der sich tiefergehend mit dieser Thematik beschäftigen möchte, wird auf dieses Verzeichnis verwiesen, wo er viele Anregungen und Vorschläge für eine gewinnbringende Lektüre finden wird. Am Ende jedes Abschnitts wird das Wichtigste in kurzen Merksätzen zusammengefasst.

Merke:

- Psychopharmaka können bei einigen Personen mit psychischen Problemen in bestimmten Situationen durchaus hilfreich sein
- Es werden zu viele Psychopharmaka verschrieben
- Die Wirksamkeit der Psychopharmaka wird überschätzt
- Die Häufigkeit und Schwere von unerwünschten Nebenwirkungen wird unterschätzt

1.1 Kurze Geschichte der Psychopharmaka (dieser Abschnitt kann vom nicht interessierten Leser übersprungen werden).

Stoffe, die eine Wirkung auf die Psyche des Menschen haben werden schon seit jeher verwendet. Auf der anderen Seite werden moderne Psychopharmaka erst seit einigen Jahrzehnten in großem Umfang in der Psychiatrie eingesetzt. Zum besseren Verständnis der Psychopharmaka soll nun ein kurzer historischer Überblick gegeben werden. Schon im Altertum wurden zur medizinischen Beeinflussung der Psyche pflanzliche Stoffe wie z. B. Opium (Morphium), Kokain, Cannabis oder auch Alkohol verwendet. Nach dem Entstehen der organisch-chemischen Industrie im 19. Jahrhundert wurden ab ca. 1870 die ersten synthetischen Psychopharmaka hergestellt und in der Medizin eingesetzt. Dies waren vor allem Sedativa (Beruhigungsmittel) und Hypnotika (Schlafmittel) wie z. B. Chloralhydrat, Barbiturate, Antihistaminika und Bromsalze. Einige von ihnen haben auch eine antiepileptische Wirkung. In den 30er und 40er Jahren des 19. Jahrhunderts wurden die Psychostimulanzien Amphetamin und Ritalin (Methyphenidat) entwickelt. Im Jahr 1949 wurde die antimaniische Wirkung von Lithiumsalzen entdeckt.

Die Jahre zwischen etwa 1950 und 1980 werden das „goldene Zeitalter“ der Psychopharmakologie genannt. In diesen Jahren wurde eine ganze Reihe vollkommen neuer psychoaktiver Wirkstoffe entdeckt, die die therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie revolutioniert haben. Im Folgenden werden jeweils die ersten Vertreter einer neuen Psychopharmakagruppe, das Jahr ihrer Markteinführung in Deutschland und ihr Wirktyp genannt. Eine ausführliche Liste findet der interessierte Leser bei epsy.de (5).

1952	Reserpin (Serpasil, Neuroleptikum)
1954	Chlorpromazin (Megaphen, Neuroleptikum)
1954	Methyphenidat (Ritalin, Psychostimulanz)
1958	Imipramin (Tofranil, „Trizyklisches“ Antidepressivum)
1958	Iproniazid (Marsilid, „MOAI“ Antidepressivum)
1959	Haloperidol (Haldol, Neuroleptikum)
1960	Chlordiazepoxid (Librium, Sedativum/Hypnotikum)
1964	Carbamazepin (Tegretal, Stimmungsstabilisator/Antiepileptikum)
1962	Valproat (Convulex, Ergenyl, Stimmungsstabilisator/Antiepileptikum)
1974	Clozapin (Leponex, „Atypisches“ Neuroleptikum)
1990	Fluoxetin (Fluctin/Prozac, Antidepressivum der 2. Generation/SSRI)
1994	Risperidon (Risperdal, „Atypisches“ Neuroleptikum)
1996	Olanzapin (Zyprexa, „Atypisches“ Neuroleptikum)
2000	Quetiapin (Seroquel, „Atypisches“ Neuroleptikum)
2004	Aripiprazol (Abilify, „Atypisches“ Neuroleptikum)
2006	Pregabalin (Lyrica, Anxiolytikum/Antiepileptikum)

Daneben kann man auch die im Volksmund als „Rauschdrogen“ bezeichneten Mittel im weiteren Sinn als Psychopharmaka ansehen. Darunter fallen zum Beispiel LSD, Psilo-cybin, Meskalin, Ecstasy und moderne sogenannte „Designerdrogen“. Der Übergang zwischen den Psychopharmaka, die als Medikamente genutzt werden und solchen, die als Drogen gelten, ist fließend. Pharmakologisch gesehen gibt es z. B. zwischen Kokain und dem zur Behandlung von ADHS eingesetzten Mittel Ritalin® keinen Unterschied. Die Linie wird hier nicht von den pharmakologischen Eigenschaften, sondern vom Gesetzgeber gezogen und kann sich mit der Zeit ändern. So wurde z. B. die bewusstseinsverändernde (dissoziative) Droge Ketamin vor kurzem als Mittel für behandlungsresistente Depressionen zugelassen. Auch das Halluzinogen Psilocybin wird zurzeit als Mittel für die gleiche Indikation in klinischen Versuchen getestet.

Wie wir gesehen haben, hat die Anwendung von Psychopharmaka eine sehr lange Tradition. Auf der anderen Seite muss man festhalten, dass der Einsatz dieser Medikamente seit den 50er Jahren mit der Entdeckung der Neuroleptika und der Antidepressiva explosionsartig zugenommen hat. In den letzten 40 Jahren wurden jedoch keine neuen innovativen Psychopharmaka mehr entwickelt. Es ist sogar so, dass die älteren Präparate bezüglich ihrer Wirksamkeit den neueren oft überlegen sind. Die „psychopharmakologische Revolution“ ist Teil der Vergangenheit. Innovative Ansätze für die Entwicklung neuer Psychopharmaka gibt es momentan (noch) nicht.

Merke:

- Wirkstoffe, die eine Wirkung auf die Psyche haben (z.B. Opium), werden schon sehr lang zur Behandlung psychische Probleme eingesetzt
- Ab ca. 1950 wurden sehr viele Psychopharmaka neu entdeckt und auf den Markt gebracht. In diesem Sinn sind Psychopharmaka etwas Neues.
- Seit ca. 1980 wurden keine wirklich neuartigen Psychopharmaka mehr entdeckt. Neuere Psychopharmaka sind in aller Regel nicht besser als ältere, manchmal sogar schlechter.

2. Wie wirken Psychopharmaka?

Alle der ersten Psychopharmaka wurden durch Zufall entdeckt. Die Forschung zu den Wirkmechanismen der Antidepressiva und Neuroleptika bekam durch die Entdeckung der Neurotransmitter (Botenstoffe) einen starken Aufschwung. Schon bald darauf wurden die ersten Hypothesen über die biochemischen Ursachen von psychischen Störungen und der Wirkungsweise von Psychopharmaka aufgestellt. Die zwei wichtigsten Hypothesen sollen hier kurz angesprochen werden.

Die Serotonin-Hypothese der Depression

Diese Hypothese (6-8) besagt, dass die Ursache einer Depression durch einen Mangel des Neurotransmitters Serotonin im synaptischen Spalt, d.h. dem Hohlraum zwischen den Enden von zwei Neuronen, bedingt ist. Von anderen Forschern wurde an Stelle eines Serotoninmangels der Mangel eines anderen Neurotransmitters, des Noradrenalins, als Ursache von Depressionen vorgeschlagen. Medikamente, die den Gehalt an Serotonin und/oder Noradrenalin im synaptischen Spalt erhöhen, sollen antidepressiv wirken.

Die Dopamin-Hypothese der Schizophrenie

Diese Hypothese (9) besagt, dass eine Schizophrenie durch einen Überschuss des Neurotransmitters Dopamin (bzw. eine Überaktivität) verursacht wird.

Diese Hypothesen sind ansprechend, weil sie die postulierten Ursachen der psychischen Störungen ihre Behebung bzw. Korrektur elegant miteinander verbindet. Auch heute noch werden sie gebraucht, um Betroffenen und Angehörigen den Ursprung ihrer Probleme und die Wirkungsweise der Psychopharmaka zu erklären. Dabei wird auch oft ein Vergleich mit der Diabeteserkrankung (Mangel an Insulin) und seiner Behandlung mit Insulinspritzen gemacht. Ein offensichtlicher Mangel wird durch die Gabe des fehlenden natürlichen Hormons Insulin ausgeglichen. Ein Vergleich mit den weiter oben genannten Neurotransmitterhypothesen ist allerdings nicht zulässig. Was im Fall von Diabetes und seiner Behandlung stimmt, verhält sich im Fall der psychischen Störungen anders. Es eine ganze Reihe von Beobachtungen und Fakten, die im Widerspruch zu den zwei genannten Hypothesen stehen und sie wurden nie wissenschaftlich bewiesen. Sie werden heutzutage von den meisten Experten (Psychopharmakologen und Psychiatern) abgelehnt. Die wahren Ursachen von psychischen Störungen sind offensichtlich viel komplexer und es gibt bis heute dazu keine allgemein anerkannten Erklärungen. Dem gegenüber muss gesagt werden, dass Antidepressiva und Neuroleptika biochemisch so wirken, wie man es erforscht hat. In welcher Weise sie genau auf die Psyche des Menschen wirken ist nicht bekannt. All diese Fakten erklären auch, warum die Suche nach neuen und besseren Psychopharmaka auf der Basis von Neurotransmitterhypothesen seit Jahrzehnten keine nennenswerten Erfolge vorweisen kann und offensichtlich in einer Sackgasse steckt.

An dieser Stelle soll noch bemerkt werden, dass zumindest die modernen Krankheitskonzepte der Depression und der Schizophrenie mehrere Störungen mit ähnlicher Symptomatik, aber ganz verschiedenen Ursachen umfassen.

Bei der „Depression“ muss eine vermutlich somatisch (körperlich) verursachte Form, die man früher endogene/vitale Depression oder Melancholie nannte, von solchen Depressionen, die durch exogene (äußerliche) Faktoren (z.B. schwierige Lebensumstände, Verluste, Beziehungsprobleme) oder innere Faktoren ausgelöst werden, unterscheiden (diese Formen wurden reaktive bzw. neurotische Depression genannt). Bei einer Melancholie, die sich durch wiederkehrende Phasen einer schweren Depression mit einer deutlichen körperlichen und psychischen Verlangsamung manifestiert, können die richtigen Psychopharmaka (d.h. Lithium und Trizyklische Antidepressiva) durchaus hilfreich sein. Diese Form spricht nicht auf Placebopräparate an und ist auch seelsorgerlich kaum zu beeinflussen. Bei einer neurotischen/reaktiven Depression, die den Großteil der heutigen „Depressionen“ ausmacht, ist nicht die Gabe von Antidepressiva, sondern eine seelsorgerliche Betreuung angezeigt. Es soll hier nur kurz angedeutet werden, dass alle psychischen Störungen auch durch körperliche Erkrankungen, Infekte, Mangelzustände und Vergiftungen ausgelöst werden können (10-12). Deshalb sollte bei schwereren psychischen Störungen immer eine internistische/neurologische Abklärung erfolgen, was jedoch oft versäumt wird. Eine differenzierte Beurteilung/Unterscheidung eines körperlichen, bzw. psychischen Ursprungs einiger psychiatrischer Probleme findet man im Buch von Welch (13).

Unter der Diagnose „Schizophrenie“ werden ganz verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst (Katatonie, Hebephrenie, Schizophrenia simplex und Paranoia). Oft werden alle genannten Formen fälschlicherweise in der gleichen Weise mit Neuroleptika behandelt.

Dabei handelt es sich bei der Katatonie um eine Erkrankung, die oft gut auf eine Behandlung mit Benzodiazepinen (siehe Abschnitt über Sedativa weiter unten) anspricht, Neuroleptika jedoch vermieden werden müssen. Hebephrenie, Schizophrenia simplex sprechen in den meisten Fällen nur wenig oder gar nicht auf eine Behandlung mit Neuroleptika. Die höchste Wirksamkeit zeigen Neuroleptika bei Fällen von „paranoider Schizophrenie“, wobei allerdings nur die sogenannte „Positivsymptomatik“ (Halluzinationen, Wahnhafte Gedanken) mehr oder weniger unterdrückt wird. Die sogenannte Negativsymptomatik (Verarmung von emotionaler Erlebnisfähigkeit, Antrieb und Denken, sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen) wird weder durch Neuroleptika, noch durch Antidepressiva nennenswert beeinflusst.

In der untenstehenden Tabelle werden zwei verschiedene Modelle der Wirkungsweise von Psychopharmaka (in Anlehnung an Publikationen von Cohen & Moncrieff) vorgestellt. Wir sind der Meinung, dass das Wirkstoff-zentrierte Modell eine bessere Beschreibung der wissenschaftlichen Beobachtungen darstellt.

Tabelle 1. Zwei Modelle der Wirkungsweise von Psychopharmaka (PP)

Krankheits-zentriertes Modell	Wirkstoff-zentriertes Modell
PP <i>korrigieren</i> einen unnormalen Zustand des Gehirns	PP <i>erzeugen</i> einen unnormalen Zustand des Gehirns
<i>PP wirken spezifisch auf Krankheiten</i>	PP sind psychoaktive Substanzen
<i>Die therapeutischen Effekte beruhen auf der Wirkung auf die Pathologie der Krankheit oder dem biologischen Mechanismus, der die Symptome erzeugt</i>	Hilfreiche Effekte sind das Produkt von Wirkstoff-induzierten Veränderungen der normalen Hirnfunktion
PP wirken bei «Kranken» anders als bei Gesunden	PP zeigen bei «Kranken» und bei Gesunden die gleichen Wirkungen
Beispiele: Insulin bei Diabetes, Antibiotika bei bakteriellen Infektionen	Beispiel: Alkohol bei sozialer Phobie

Zusammenfassend stellen wir fest, dass Psychopharmaka psychische Störungen nicht im Sinn einer heilenden Wirkung beeinflussen, sondern eher eine unspezifische Unterdrückung der Symptome bewirken.

Merke:

- Die Neurotransmitterhypothesen der Depression und der Schizophrenie wurden nie bewiesen und passen nicht zu den Fakten. In der akademischen Psychiatrie werden sie mittlerweile nicht mehr vertreten
- Die wahren (biochemischen) Ursachen von psychischen Störungen sind nicht bekannt
- Psychopharmaka sind biochemisch aktive Substanzen, die im Gehirn (und auch in anderen Organen) Veränderungen erzeugen
- Die Wirkung von Psychopharmaka ist nicht spezifisch. Einzelne Psychopharmaka werden zur Behandlung verschiedener psychischer Störungen eingesetzt. Ihre Wirkung beruht im Wesentlichen auf der Unterdrückung unerwünschter Symptome

3. Klassen von Psychopharmaka

Einen Überblick und tiefergehende Detailinformationen über Psychopharmaka findet sich in den im Literaturverzeichnis genannten Werken (14-18), die alle von namhaften Psychiatern und Psychopharmakologen verfasst wurden. Es sind sowohl klassische Werke, als auch eher kritische Bücher aufgeführt. Zum raschen Auffinden von Detailinformationen zu einzelnen Psychopharmaka wird auf die Arzneimittelverzeichnisse Deutschlands und der Schweiz verwiesen (19-20). Unabhängig-kritische Beurteilungen verschiedener Medikamente findet man bei zwei Quellen (21-22). Psychopharmaka werden in der Regel entsprechend der vorgesehenen Indikation (z.B. Depression oder Psychose) in verschiedene Klassen oder Gruppen eingeteilt. Es muss jedoch betont werden, dass diese Einteilung idealisiert und im psychiatrischen Alltag nicht streng umgesetzt wird. Moderne Psychopharmaka aus der Gruppe der Antidepressiva oder der Neuroleptika werden nicht nur entsprechend ihrer Indikation, sondern zur Behandlung vieler verschiedener psychischer Störungen eingesetzt.

In den folgenden Abschnitten werden von den verschiedenen Psychopharmaka zuerst der Name des Wirkstoffs und dann in Klammern ein oder mehrere gängige Handelsnamen genannt. Viele Psychopharmaka sind mittlerweile als Generika erhältlich, wobei der Handelsname dann oft den Namen des Wirkstoffs erhält (z.B. Quetiapin-ratiopharm®). Es ist darauf zu achten, dass die Handelsnamen von Präparaten mit dem gleichen Wirkstoff bei verschiedenen Anbietern, sowie in verschiedenen Ländern oft unterschiedlich sind.

3.1. Antidepressiva

Antidepressiva sind das Flaggschiff der medikamentösen Behandlung von psychischen Störungen. Sie werden neben Depressionen auch zur Behandlung vieler anderer Krankheitsbilder, wie z. B. Ängste, Soziale Phobie, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Panikstörung, Zwangsstörungen, Bulimie, Persönlichkeitsstörungen, Bipolare Depression und chronischen Schmerzen eingesetzt. Dies zeigt klar, dass Antidepressiva nicht spezifisch die angenommene Ursache von Depressionen korrigieren. Es gibt verschiedene Klassen von Antidepressiva, die auch unterschiedliche Wirksamkeiten zeigen. Mit großem Abstand werden heutzutage meist moderne Präparate verschrieben, mit denen wir uns deshalb zuerst beschäftigen wollen. Die Besprechung älterer Antidepressiva und ihrer Anwendungsgebiete

folgt dann am Ende dieses Abschnitts. Im Folgenden sind die wichtigsten modernen Antidepressiva aufgelistet. Sie wurden in Deutschland alle nach dem Jahr 1980 zugelassen.

Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, SNRI)

- Fluvoxamin (Fevarin)
- Fluoxetin (Fluctin)
- Citalopram/Escitalopram (Cipralext)
- Sertralin (Gladem, Zoloft)
- Paroxetin (Paroxedura, Paroxat, Seroxat)
- Vortioxetin
- Venlafaxin
- Duloxetin (Duloxalta, Cymbalta)

Moderne Antidepressiva mit einem anderen Wirkmechanismus

- Mianserin
- Mirtazapin (Remeron)
- Trazodon (Trittico)
- Tianeptin

19 dieser modernen Antidepressiva zeigten in einer großen Meta-Analyse mit mehr als 110.000 Patienten eine Wirkung, die nur wenig grösser als die eines Placebos (Scheinpräparat ohne Wirkstoff) ist (23). Damit nur 1 Patient unter einer Behandlung mit einem Antidepressivum eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht, müssen 5-10 Patienten behandelt werden. Die restlichen 4-9 Patienten (d.h. 80-90%) ziehen keinen Nutzen aus der Therapie. In der großen klinischen STAR*D Studie mit über 4000 Patienten wurde die Wirksamkeit von Antidepressiva unter sehr realitätsnahen Bedingungen untersucht (24). Dabei bekamen alle Patienten zuerst das bekannte Antidepressivum Citalopram und wurden dann bei Nichtansprechen auf dieses Präparat in bis zu 3 zusätzlichen Schritten auf andere Antidepressiva umgestellt, oder sie erhielten zusätzlich andere Präparate mit einem unterschiedlichen Wirkmechanismus. Insgesamt zeigten nur 38% der Patienten über alle Behandlungsschritte eine Reduktion der depressiven Symptomatik um mindestens 50% (eine Reduktion von 100% entspricht einer Remission, d.h. Aufhören der Symptome). Die anderen 62% zeigten entweder kein ausreichendes Ansprechen auf die Therapie oder verließen die Studie. Die Wirksamkeit der antidepressiven Therapie lag deutlich unter den Erwartungen. Auffällig war auch der hohe Anteil an Patienten, die die Studie (aufgrund mangelnder Wirksamkeit oder starker Nebenwirkungen) verließen, obwohl die Betreuung der Patienten während der Studie außergewöhnlich gut war. Die zusätzliche Wirksamkeit der medikamentösen Therapie in den weiteren Schritten war nur gering und nahm immer mehr ab. Am Ende des einjährigen Folgeprogramms zeigten insgesamt nur 108 der 4041 Patienten (d.h. 3%), die anfangs bei der Studie mitgemacht hatten, eine anhaltende Remission (25-26). Zusammenfassend muss man feststellen, dass die Wirksamkeit moderner medikamentöser Depressions-therapien nur sehr bescheiden ist.

Damit soll jedoch nicht gesagt werden, dass Antidepressiva wirkungslose Scheinpräparate sind. Der gewünschte biochemische Effekt, nämlich die Erhöhung der Konzentrationen der Neurotransmitter Serotonin und/oder Noradrenalin, findet tatsächlich schon kurz nach Einnahme dieser Medikamente statt. Wie ist es zu erklären, dass viele Menschen mit Depressionen davon berichten, dass ihnen die Antidepressiva geholfen haben? Um diese Frage zu

beantworten, müssen wir verstehen, dass die Wirkung aus den folgenden 3 Anteilen besteht: dem natürlichen Krankheitsverlauf, dem Placeboeffekt und der davon unabhängigen Wirkung des Antidepressivums. Die Größe dieser drei Anteile wurde von Kirsch und Kollegen (27) basierend auf der Auswertung umfangreicher Studiendaten bestimmt.

Natürlicher Krankheitsverlauf:	24%
Placeboeffekt:	51%
Zusätzlicher Medikamenteneffekt:	25%

Der wahre Effekt eines Antidepressivums beträgt im Mittel also nur $\frac{1}{4}$ des beobachteten Gesamteffekts. Neben dem starken Placeboeffekt der Antidepressiva (28) ist auch zu bemerken, dass die meisten Depressionen einen gutartigen Verlauf haben und nach einigen Wochen oder Monaten von alleine, d.h. ohne jegliche Behandlung, aufhören. In seinem Buch (29, Seite 10) zeigt Prof. Kirsch auch einen Vergleich der Wirkstärke verschiedener Behandlungsansätze. Depressive Patienten ohne jegliche Behandlung (d.h. einfach abwarten) zeigten innerhalb des Untersuchungszeitrahmens nur eine geringfügige Besserung der Symptomatik (0.4 Punkte), eine Psychotherapie zeigte dagegen eine beträchtliche Wirksamkeit (1.6 Punkte). Antidepressiva hatten eine verglichen mit einer Psychotherapie sehr ähnliche Wirksamkeit (1.5 Punkte). Diese kritische Sicht der (fehlenden) Wirksamkeit moderner Antidepressiva wird mittlerweile auch von nicht wenigen Psychiatern geteilt (30). Auf der Jahrestagung 2016 der DGPPN wurde diese Thematik ausführlich diskutiert (31). Es ist auch bemerkenswert, dass in der Leitlinie Unipolare Depression der Deutschen Fachgesellschaften zur Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen eine Psychotherapie empfohlen wird (32). An Stelle von modernen Antidepressiva kann hier auch als pflanzliches Psychopharmakon ein Johanneskrautextrakt (z.B. Jarsin®) empfohlen werden, das eine vergleichbare Wirkung, aber keine nennenswerten Nebenwirkungen hat.

Neben ihrer bescheidenen Wirksamkeit haben moderne Antidepressiva auch noch einen anderen Schwachpunkt, nämlich eine ganze Reihe zum Teil schwerwiegender Nebenwirkungen, der leider oft nicht genug Beachtung findet und den Patienten nicht ausreichend bekannt ist. Diese Nebenwirkungen sind nicht etwa ganz seltene Ereignisse, sondern treten zum Teil bei der Mehrheit der Patienten auf. Im Folgenden werden einige besonders wichtige unerwünschte Nebenwirkungen moderner Antidepressiva aufgelistet (die genannten Nebenwirkungen treten nicht bei allen oben genannten Antidepressiva auf). Eine tiefergehende Besprechung findet man in den im Literaturteil aufgeführten Werken (8, 33-36).

- Suizid und Aggression: Antidepressiva sollten eigentlich Suizide verhindern. Leider ist es jedoch so, dass sie das Risiko einen Suizid zu begehen erhöhen. Diese Aggressivität kann sich auch gegen andere richten und zu schrecklichen Gewalttaten führen. Diese Problematik tritt insbesondere in den ersten Wochen einer Einnahme auf.
- Sexuelle Nebenwirkungen: Diese treten sowohl bei Männern als auch Frauen sehr häufig auf und äußern sich in einer verringerten Empfindlichkeit der Geschlechtsorgane (ein Experte nannte dies eine „genitale Anästhesie“), einer Reduktion des Geschlechtstriebes und der Unfähigkeit einen Orgasmus zu erreichen. In einigen Fällen kann diese Problematik auch nach Absetzen des Antidepressivums langfristig bestehen bleiben.

- Emotionale Abstumpfung: Dies betrifft sowohl freudige als auch traurige Gefühle. Manche Menschen verlieren ganz die Fähigkeit Gefühle zu empfinden und kommen sich wie ein Zombie vor. Eine damit verbundene Gleichgültigkeit hat einen negativen Einfluss auf die Motivation zu einer Veränderung und die Hoffnung auf eine Besserung.
- Auslösen einer manischen Phase: Antidepressiva können eine manische Phase auslösen, auch wenn dieses Symptom vorher nicht beobachtet wurde.
- Akathisie: Hierunter versteht man die Unfähigkeit körperlich still zu sein (Sitz- und Stehruhe). Dies ist mit einer inneren Unruhe verbunden, die sehr quälend sein kann. Die Fähigkeit zu schlafen ist auch oft gestört. Oft werden bei dieser Problematik Benzodiazepine verschrieben, was jedoch keine gute Lösung ist.
- Absetzsyndrom: Viele moderne Antidepressiva führen bei einem plötzlichen Absetzen bei vielen Patienten zu beträchtlichen Problemen. Sie treten meist in den ersten Tagen nach Aufhören der Einnahme auf und können über mehrere Monate bestehen bleiben. Die Absetzproblematik kann grippeähnliche Symptome, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Empfindungsstörungen und Angst einschließen. Einige Patienten empfinden diese Absetzsymptome als so schwerwiegend, dass sie lieber das Antidepressivum weiterhin langfristig einnehmen.

Nun wollen wir die modernen Antidepressiva verlassen und uns den älteren (oder klassischen) Antidepressiva und einigen anderen Präparaten, die zur Behandlung von Depressionen eingesetzt werden, zuwenden.

Bei den älteren Antidepressiva werden zwei Gruppen unterschieden, die im Folgenden mit einigen Vertretern aufgelistet sind.

Trizyklische Antidepressiva (TZA)

- Amitriptylin (Saroten)
- Imipramin (Tofranil)
- Clomipramin (Anafranil)
- Doxepin (Aponal)
- Trimipramin (Surmontil, Stangyl)

Monoaminoxidase-Hemmer (MAOI)

- Moclobemid (Aurorix)
- Tranylcypromin (Jatrosom)

Zur Besprechung der Trizyklischen Antidepressiva (TZA) sei an die wichtige Unterscheidung der Depressionsformen erinnert (Endogene/vitale Depression und neurotische/reaktive Depression). Die antidepressive Wirksamkeit des ersten TZA, des Imipramins, wurde an schwer depressiven Patienten, die sich in stationärer Behandlung befanden, nachgewiesen. Diese Patienten hatten eine endogene Depression (auch Melancholie genannt), den denen sich die Trizyklischen Antidepressiva als hilfreich erwiesen. Spätere klinische Studien zur Wirksamkeit von Antidepressiva (ab ca. 1980) wurden vor allem mit Patienten durchgeführt, die ambulant behandelt wurden und meist nur leicht bis mittelschwer depressiv waren. Bei diesen Patienten sind sowohl TZA als auch moderne Antidepressiva nur wenig wirksamer als ein Placebo.

Die Antidepressiva vom MAOI-Typ werden nur wenig verschrieben und sollen hier nicht näher besprochen werden. Es wird auf das Buch von Bschor verwiesen (37).

Das wirksamste bekannte Psychopharmakon ist das Lithium (in Form eines Salzes), das zur Behandlung von periodisch wiederkehrenden schweren Depressionen (Melancholie und Bipolare Depression) das Mittel der Wahl ist. Weitere Informationen hierzu finden sich im Abschnitt 3.3. Bei einer saisonalen Depression („Winterblues“) ist eine Lichttherapie das Mittel der Wahl.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die medikamentöse Behandlung von Depressionen nicht sehr erfolgreich ist. Etwa 1/3 der Patienten spricht nur unbefriedigend und ein weiteres Drittel gar nicht auf eine Behandlung mit Antidepressiva an (37). In letzteren Fall spricht man von einer „therapieresistenten“ Depression, die dann oft mit mehreren Antidepressiva gleichzeitig oder der Zugabe (Augmentation) von Neuroleptika oder anderen Psychopharmaka behandelt wird. Wie wir schon bei der Besprechung der STAR*D Studie gesehen haben, ist die Wahrscheinlichkeit einer Remission auch bei diesen Therapieansätzen bescheiden. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hat auf ihrer Homepage einige informative und hilfreiche Dokumente zu dieser Thematik (38). Weitere Leseempfehlungen finden sich im Literaturverzeichnis (8, 17, 39-40).

Merke:

- Bei Depressionen muss zwischen zwei Typen unterschieden werden
- Moderne Antidepressiva haben insgesamt nur eine geringe Wirksamkeit
- Die Nebenwirkungen können schwerwiegend sein
- Das Absetzen von Antidepressiva kann sehr problematisch sein
- Bei leichten und mittelschweren Depressionen werden keine Antidepressiva empfohlen. Ansonsten sind Johanniskrautpräparate eine gute Alternative
- Lithiumsalze sind das wirksamste Mittel bei wiederkehrenden schweren Depressionen (Melancholie) und Bipolaren Depressionen
- Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Antidepressiva (oder anderer Psychopharmaka) ist nicht empfehlenswert
- Antidepressiva sollten bei Vorliegen einer Bipolaren Depression nicht eingenommen werden, da sie oft zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen
- Eine langfristige Einnahme von Antidepressiva kann den Langzeitverlauf einer Depression verschlechtern

3.2. Neuroleptika/Antipsychotika

Die bekannte Englische Psychiatrieprofessorin Joanna Moncrieff nennt in ihrem gleichnamigen Buch Neuroleptika „die bittersten Pillen“ (41). In der Tat können diese Medikamente zu recht so genannt werden, weil sie wegen der zum Teil sehr unangenehmen Nebenwirkungen von vielen Patienten nicht gerne eingenommen werden. In der psychiatrischen Fachliteratur findet man einige Publikationen, in denen die Wirkung von Neuroleptika auf das subjektive Empfinden von gesunden Psychiatern und anderem psychiatrischem Fachpersonal beschrieben wird. In einer Studie (42) bekamen die Teilnehmer eine einzige übliche Dosis entweder des Neuroleptikums Droperidol (ähnlich wie Haloperidol, siehe unten), des Sedativums

Lorazepam oder ein Placebo, ohne zu wissen, was sie bekamen (einfach-blinde Studie). Dabei erlebten die meisten der 20 Freiwilligen, die das Neuroleptikum bekamen, unangenehme Wirkungen wie Akathisie, Müdigkeit, Dysphorie (d.h. ängstlich-bedrückte, traurige, mit Gereiztheit einhergehende Stimmungslage) oder Ängste, die zum Teil mehrere Tage anhielten. Keiner der Studienteilnehmer, die das Neuroleptikum bekamen, empfand die Wirkung als angenehm oder neutral. Diejenigen Freiwilligen, die Lorazepam oder Placebo bekamen, berichteten dagegen keine negativen Empfindungen. Weitere Beschreibungen von belastenden Empfindungen unter der Einnahme von Neuroleptika von freiwilligen Gesunden und Patienten findet man in der Literatur (41, 43). Hierzu ist anzumerken, dass nicht alle Neuroleptika in gleicher Weise unerwünschte Nebenwirkungen haben. Auch ist die Ausprägung der Nebenwirkungen stark von der verwendeten Dosis abhängig. Die Abneigung vieler Patienten mit Psychosen in Bezug auf Neuroleptika wegen der zum Teil ausgeprägten Nebenwirkungen zeigt sich auch darin, dass diese Mittel praktisch nicht als Drogen illegal missbraucht werden. Diese negativen Empfindungen, die die Einnahme (Compliance) und auch die zukünftige Wirksamkeit von Neuroleptika stark beeinflussen, sind vielen Psychiatern leider nicht ausreichend bekannt. Es wäre sicher hilfreich, wenn jeder Arzt, der Neuroleptika verschreibt, einen Selbstversuch (z. B. mit 4 mg Risperidon) machen würde.

Chlorpromazin war das erste Psychopharmakon aus der Gruppe der Neuroleptika, das den Beginn der psychopharmakologischen Revolution einleitete. Seine Wirkung bei der Behandlung von starken Erregungszuständen und Psychosen (Manie, Schizophrenie) wurde 1952 von den französischen Psychiatern Jean Delay und Pierre Deniker erstmalig berichtet. Ab 1953 war es in Deutschland unter dem Namen Megaphen® erhältlich. In der ersten Zeit wurde in Frankreich nur 75 – 150 mg Chlorpromazin zur Behandlung der Schizophrenie eingesetzt und damit gute Erfolge erzielt (vgl. Tabelle der Äquivalendosen der Neuroleptika weiter unten). Später wurden dann viel höhere Dosen, mit den entsprechend stärkeren Nebenwirkungen, verwendet.

In den ersten wissenschaftlichen Beschreibungen der Wirkung des Chlorpromazins wurde es als ein „Neuroleptikum“ (νεῦρον/neuron: Nerv; λήψις/lepsi: Ergreifen/ Gefangennahme) beschrieben. Somit wurde seine Wirkung als eine (unspezifische) Unterdrückung der Nerven beschrieben. Die Wirkung besteht zu einem großen Teil in der chemischen Erzeugung eines Zustands der Gleichgültigkeit und des Abstands zu vorliegenden psychischen Problemen.

Neuroleptika werden auch Antipsychotika genannt, was sich auf die Unterdrückung der Hauptmerkmale einer Psychose (Wahn und Halluzinationen) bezieht. Wie wir weiter oben schon erwähnt haben, ist die Wirkung jedoch nicht spezifisch und wir bevorzugen den älteren Namen Neuroleptika.

Die Wirkung der Neuroleptika auf Wahnideen, Halluzinationen und Denkstörungen beruht auf einer unspezifischen Symptomunterdrückung und geht mit einer Indifferenz (Gleichgültigkeit) gegenüber allen möglichen Gefühlen, Gedanken und Eindrücken einher. Diese Wirkung kann durchaus als hilfreich und erwünscht erlebt werden. Patienten, die Neuroleptika einnehmen, berichten auch davon, dass ihre Wahnideen oder Halluzinationen nicht ganz verschwinden. Sie werden jedoch nicht mehr als so belastend und angstmachend empfunden. Auch schirmen sie vor äußerem Stress ab und erzeugen gewissermaßen ein „dickes Fell“. Das Ausmass dieser Wirkung hängt natürlich von der Dosis ab. Dabei sollte die Dosis nur so hoch sein, dass die gewünschte Wirkung erzielt wird. Bei einigen Neuroleptika (unten mit einem Stern

(*) gekennzeichnet) treten bei Überschreitung einer gewissen Dosis „extrapyramidale Symptome“ (EPS) auf, die sehr störend sein können. Zu den EPS zählt man akute Dystonien (unwillkürliche Muskelbewegungen), Rigor (Muskelsteifigkeit) und Tremor (Zittern). Diese Nebenwirkungen entsprechen dem Krankheitsbild eines Morbus Parkinson. Dazu kommt noch das Risiko nach längerer Einnahme eine Spätdyskinesie zu bekommen, die oft chronisch ist und nicht befriedigend behandelbar ist. Eine andere Gruppe von Neuroleptika (unten mit zwei Sternen (**)) gekennzeichnet) verursacht keine oder nur sehr wenig EPS. Dafür treten als unerwünschte Nebenwirkung metabolische Störungen auf, die sich in einer zum Teil drastischen Gewichtszunahme, einem metabolischen Syndrom und einem späteren Auftreten eines Diabetes Typ 2 manifestieren können. Diese Neuroleptika haben alle auch einen starken sedierenden Effekt. Eine ausführliche Beschreibung der Nebenwirkungen findet man in dem Buch von Lehmann (34). Eine wichtige Nebenwirkung vieler Neuroleptika ist das sogenannte „Neuroleptika-induzierte dysphorische Syndrom“. Dabei handelt es sich um einen durch das Medikament erzeugten Zustand, der leicht mit der Negativsymptomatik einer Schizophrenie oder einer Depression verwechselt werden kann. Hier sollte nicht zusätzlich mit einem Antidepressivum oder einem weiteren Neuroleptikum behandelt werden, sondern die Dosis reduziert, ein besser verträgliches Präparat eingenommen, oder nach Möglichkeit das Neuroleptikum ganz abgesetzt werden.

Liste gebräuchlicher Neuroleptika

- Clozapin (Leponex) **
- Risperidon (Risperdal) *
- Aripiprazol (Abilify, Arpoya) *
- Olanzapin (Zyprexa) **
- Quetiapin (Seroquel) **
- Haloperidol (Haldol) *
- Cariprazin (Reagila) *
- Ziprasidon (Zeldox)
- Amisulprid (Solian) *

Häufige Nebenwirkungen:

* EPS, Akathisie

** Gewichtszunahme, Sedierung, metabolisches Syndrom

Eine vollständigere Übersicht der verschiedenen Neuroleptika findet man im Internet (44).

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) ist eine Fachgesellschaft von Mitarbeitern in der Psychiatrie. Sie stellt auf ihrer Homepage wertvolle kritische Informationen zu Psychopharmaka (45) und insbesondere Neuroleptika (46), die wirklich lesenswert sind, kostenlos zur Verfügung. Wir empfehlen insbesondere den umfangreichen Artikel „Neuroleptika minimal“ (47) zur Lektüre.

Für den Laien ist es sehr schwierig, die Dosis eines Neuroleptikums zu beurteilen und noch schwieriger, die Dosen verschiedener Präparate miteinander zu vergleichen. Als Hilfe sind in Tabelle 2 die minimalen Dosen einiger Neuroleptika zusammengefasst (nach Arbeiten von Prof. Leucht und Kollegen). Als Referenz dient das erste Neuroleptikum Chlorpromazin mit

75 mg/Tag. Bei langfristiger Anwendung wurde bei einigen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie sogar mit einer Dosis von nur 25 mg/Tag ein Behandlungserfolg erzielt. Höhere Dosen dieses Neuroleptikums betragen bis zu 400 mg/Tag. Die in der Tabelle angegebenen Zahlen können also durch 3 dividiert werden (minimalste Dosis) oder mit 5 multipliziert werden (hohe Dosis). Das Doppelte der in der Tabelle angegebenen Dosis ist auch noch im unteren Bereich. Manche Menschen mit Psychosen kommen langfristig auch mit noch kleineren Dosen, z.B. der Hälfte, gut aus. Dies entspricht z.B. für Olanzapin einem Dosisbereich von 0.5 bis 10 mg/Tag.

Tabelle 2: Äquivalenzdosen von Neuroleptika

Wirkstoff	Handelsname	Minimale Dosis (mg/Tag)
Aripiprazol	Abilify	3
Clozapin	Leponex	82
Olanzapin	Zyprexa	2
Quetiapin	Seroquel	72
Risperidon	Risperdal	1
Ziprasidon	Zeldox	16
Haloperidol	Haldol	2
Chlorpromazin	-	75
Lurasidon	Latuda	13
Amisulprid	Solian	100

Eine besondere Stellung nimmt das Neuroleptikum Clozapin ein. Es wird als das Mittel mit der stärksten antipsychotischen Wirkung angesehen und wird als *ultima ratio* (d.h. Mittel der letzten Wahl, wenn alle anderen Neuroleptika nicht ausreichend wirksam waren) eingesetzt.

Eine gefürchtete Nebenwirkung ist das starke Absinken einer bestimmten Sorte von weißen Blutkörperchen (Agranulozytose), die sogar tödlich enden kann. Deshalb sollte man dieses Mittel, das auch stark sediert und zu einer großen Gewichtszunahme (bis 50 kg und mehr) führen kann, nicht leichtfertig einnehmen.

Nun wollen wir uns noch einige interessante Ergebnisse einer großen klinischen Studie (CATIE, 48), in der die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen von vier „atypischen“ Neuroleptika mit der eines alten (typischen) Neuroleptikums verglichen wurden, anschauen.

In dieser realitätsnahen Studie wurden insgesamt 1432 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie über einen Zeitraum von 18 Monaten mit üblichen Dosen einiger gebräuchlicher Neuroleptika behandelt. Einige Resultate sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Tabelle 3: Einige Resultate der CATIE Studie

	Olanzapin	Quetiapin	Risperidon	Ziprasidon	Perphenazin
Behandlungsabrecher (alle Gründe, %)	64	82	74	79	75
Zeit bis zum Abbruch (Monate)	9.2	4.6	4.8	3.5	5.6
Abbruch wegen mangelhafter Wirkung (%)	15	28	27	24	25
Abbruch wegen Nebenwirkungen (%)	18	15	10	15	15
Hospitalisierung wegen Verschlechterung (%)	11	20	15	18	16

Wir wollen die wichtigsten Resultate der CATIE Studie hier kurz aufführen:

- Von den 5 untersuchten Neuroleptika schneidet Olanzapin bei mehreren Kriterien am besten ab. Allerdings waren die Gewichtszunahme und der Anstieg der Blutfettwerte bei diesem Mittel am höchsten
- Das alte „typische“ Neuroleptikum Perphenazin unterscheidet sich in Bezug auf die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen nicht signifikant von den modernen (atypischen) Neuroleptika Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon
- Es ist auffällig, dass etwa $\frac{3}{4}$ der Studienteilnehmer die 18-monatige Studie aus verschiedenen Gründen (siehe unten) schon nach 4-5 Monaten abbrechen
- Bei etwa $\frac{1}{4}$ der Studienteilnehmer führte eine ungenügende Wirkung des Neuroleptikums, bei ca. 15 % unerträgliche Nebenwirkungen, zum Studienabbruch
- Fast jeder 5. Studienteilnehmer erlitt während der Studie eine Verschlechterung der schizophrenen Symptomatik, die eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus erforderte

Es wird oft gesagt, dass Neuroleptika nicht abhängig machen. Dem ist jedoch nicht so, und viele Menschen haben nach längerer Einnahme Probleme mit dem Absetzen. Bei zu schnellem Absetzen kommt es häufig zum Wiederauftreten einer psychotischen Symptomatik, die jedoch nicht der Ausdruck der zugrunde liegenden Problematik, sondern eine Reaktion des Gehirns auf das plötzliche Fehlen des Neuroleptikums ist. Man spricht dann von einer Supersensitivitätspsychose. Das Absetzen sollte also immer langsam, manchmal sogar sehr langsam, erfolgen. Wir wollen hier nicht zu einem unkritischen Absetzen von Neuroleptika ermutigen, sondern im Sinn einer Psychoedukation mögliche Wege aufzeigen (49-51).

Merke:

- Neuroleptika sollten ausschließlich bei Vorliegen von starker psychomotorischer Erregung, Wahn und/oder Halluzinationen („Stimmen hören“) eingesetzt werden
- Bei quälenden Wahngedanken, großer psychotischer Angst, oder starker psychischer Erregung können Neuroleptika als sehr hilfreich empfunden werden (eine andere Möglichkeit sind Benzodiazepine)
- Wenn die Symptome jedoch erträglich sind, muss kein Neuroleptikum eingenommen werden
- Die Wirksamkeit ist kleiner als angenommen
- Neuroleptika können schwerwiegende Nebenwirkungen haben

- Einzelne Nebenwirkungen können als psychisches Problem fehlgedeutet werden
- Die Dosis sollte so tief wie möglich und die Einnahmedauer so kurz wie nötig sein
- Absetzversuche sollten immer mit einer langsamen Reduktion der Dosis erfolgen
- Eine langfristige Einnahme muss gut überlegt sein und Absetzversuche sollten zusammen mit dem behandelnden Arzt geplant werden

3.3. Stimmungsstabilisatoren

In diesem Abschnitt soll insbesondere die medikamentöse Behandlung von psychischen Problemen, die sich durch periodisch wiederkehrende Phasen von Manie und Depression äußern, besprochen werden. Früher wurde vom „Manisch-depressiven Irresein“ (MDI) gesprochen, wobei hierbei wiederkehrende schwere Depressionen (Melancholie) und/oder Manie gemeint waren. Es wurde also kein Unterschied gemacht, ob nur depressive oder manische Phasen (unipolar) oder depressive und manische Phasen abwechselnd vorkamen (bipolar). Solche Krankheitsbilder kamen nur sehr selten vor und waren so schwerwiegend, dass in der Regel eine Einweisung in ein Krankenhaus notwendig war. In der heutigen Zeit werden unipolare und bipolare Verläufe getrennt klassifiziert und meist ausschließlich bipolare Verläufe mit den sogenannten „Stimmungsstabilisatoren“, die auch Phasenprophylaktika genannt werden, behandelt. Mit der Ausnahme von Lithium werden alle Medikamente dieser Gruppe auch zur Behandlung von Epilepsie eingesetzt. Im Folgenden sind die wichtigsten Stimmungsstabilisatoren aufgeführt.

- Lithium (Quilonum, Hypnorex, Lithiofor)
- Valproat (Convulex, Ergenyl)
- Carbamazepin (Tegretal)
- Pregabalin (Lyrica)
- Lamotrigin (Lamical)

Wie der Wirkmechanismus dieser Mittel bei bipolaren Störungen aussieht, ist nicht genau bekannt. Auf jeden Fall ist es so, dass sie alle sedierend wirken (d.h. ruhig stellen). Dies mag für viele Betroffene eine hilfreiche und erwünschte Wirkung sein, bei anderen jedoch eine unerwünschte und lästige Nebenwirkung (43).

Der mit Abstand höchste Stellenwert in dieser Medikamentengruppe kommt dem Lithium zu (52), das in der Form eines Salzes (z.B. Lithiumkarbonat) gegeben wird. Bei einer medikamentösen Behandlung der Bipolaren Depression sollte Lithium das Mittel der Wahl sein. Das ist jedoch leider nicht so, und viele Psychiater geben anderen Medikamenten dieser Gruppe (als auch Neuroleptika oder Antidepressiva) den Vorrang. Lithium wirkt sowohl bei akuten Phasen, als auch prophylaktisch (vorbeugend). In der Regel wird Lithium recht hoch dosiert, um eine vorgegebene Konzentration im Blut zu erreichen. Man hat jedoch herausgefunden, dass auch tieferen Dosen wirksam sind. Auf jeden Fall ist die Beeinflussung der Symptomatik und nicht eines Laborwerts das Ziel. Bei älteren Menschen wird nur die Hälfte der üblichen Dosis gegeben. Kürzlich wurde in einer interessanten Fachpublikation von Experten auf diesem Gebiet darüber berichtet (53), dass niedrig dosiertes Lithium auch bei Menschen mit einem hyperthyemen oder zyklotyphen Temperament (dies sind schwache chronische Formen der Manie und der Bipolaren Depression, die sich schon seit der Kindheit zeigen und oft auch

in der Verwandtschaft gehäuft auftreten. Bei nicht ausreichender Wirkung oder schwerwiegenden Nebenwirkungen wird an Stelle von Lithium als Mittel 2. Wahl insbesondere Valproat oder Carbamazepin gegeben.

Neuere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass es zwischen den beiden Polen Manie und Depression einen fließenden Übergang gibt (54). Viele Menschen, deren psychisches Problem als Depression diagnostiziert wurde, haben auch einen mehr oder weniger großen Anteil einer Manie (die sich oft als Euphorie, sondern als Reizbarkeit zeigt). In diesem Fall sollten Antidepressiva vermieden werden und eine Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren erfolgen. Lithium ist auch zur Behandlung und Prophylaxe von wiederkehrenden rein depressiven Phasen (Melancholie) gut geeignet.

Eine Behandlung der Bipolaren Depression mit Antidepressiva bringt keine Vorteile, ist aber mit substantiellen Risiken verbunden. Der langfristige Krankheitsverlauf kann negativ beeinflusst werden und es können manische Phasen ausgelöst werden.

Oft werden bei Bipolaren Depressionen auch Neuroleptika eingesetzt (z.B. Olanzapin oder Aripiprazol). Neuroleptika sind jedoch keine Stimmungsstabilisatoren und wirken nicht in den depressiven Phasen. Vielmehr können sie sogar ein dysphorisches Syndrom erzeugen (siehe oben), das leicht mit einer Depression verwechselt werden kann. In einer akut manischen Phase kann der kurzfristige Einsatz eines Neuroleptikums hilfreich sein.

Merke:

- Bei ausgeprägten, wiederkehrenden manisch-depressiven Stimmungsschwankungen kann eine Einnahme eines Stimmungsstabilisators hilfreich sein
- In diesem Fall ist Lithium das Mittel der Wahl
- Auch tiefere Dosen von Lithium sind oft wirksam
- Lithium ist auch wiederkehrenden schweren depressiven Phasen (ohne Manie) gut wirksam
- Antidepressiva sollten bei einer Bipolaren Depression vermieden werden
- In einer akuten manischen Phase kann die kurzfristige Einnahme von Neuroleptika hilfreich sein

3.4. Sedativa/Hypnotika

In diesem Abschnitt werden Arzneimittel beschrieben, die insbesondere bei Erregtheit/Unruhe, Ängsten und Schlaflosigkeit eingesetzt werden. An erster Stelle sind hier die sogenannten Benzodiazepine zu nennen. Es handelt sich bei ihnen um eine alte Medikamentengruppe, die schon seit etwa 50 Jahren in Gebrauch ist. Früher wurden Mittel wie Valium und Librium („Mutter's kleine Helfer“) in großer Zahl zur Behandlung von durch Alltagsproblemen ausgelösten leichteren unspezifischen psychischen Störungen verordnet. Dazu gehören u.a. psychosomatische Beschwerden („vegetative Dystonie“), Ängste, Depression und Schlafstörungen. Alle Benzodiazepine haben folgende Wirkkomponenten: anxiolytisch (angstlösend), sedierend (ruhig stellend), antiepileptisch, muskelrelaxierend und hypnotisch (schlafför-

dernd). Bei den vielen Benzodiazepinen können die verschiedenen Komponenten etwas unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Der wichtigste Unterschied zwischen verschiedenen Präparaten ist ihre Wirkdauer.

Benzodiazepine sind wirksame Medikamente, die früher erfolgreich gegen verschiedene Formen der Angst und der Depression (die sehr oft mit Ängsten verbunden ist) eingesetzt wurden. Dann wurde in den 80er Jahren jedoch ihr Abhängigkeitspotential erkannt und an ihrer Stelle vor allem (weniger wirksame) moderne Antidepressiva (SSRIs) verordnet. In den folgenden Jahren nahm die Anzahl der Verschreibungen von Benzodiazepinen stark ab. Das Absetzen von Benzodiazepinen nach längerem regelmäßigem Gebrauch kann sehr problematisch sein, dies ist bei längerfristigem Gebrauch Vorsicht geboten. In Japan ist diese Absetzproblematik allerdings nicht bekannt, es scheint also eine starke genetische Komponente zu geben. Experten schätzen, dass bei 20-25% der Europäer mit starken Absetzproblemen zu rechnen ist, bei den übrigen ca. 75% dagegen nicht (18). Im Folgenden sind einige gebräuchliche Benzodiazepine aufgelistet.

- Bromazepam (Bromazanyl)
- Oxazepam (Praxiten, Adumbran)
- Lorazepam (Tavor)
- Alprazolam (Tafil)
- Lormetazepam (Noctamid)
- Temazepam (Remestan, Planum)
- Nitrazepam
- Brotizolam (Lendormin)
- Flunitrazepam (Rohypnol)
- Flurazepam
- Triazolam (Halcion)
- Chlordiazepoxid (Librium, Multum)
- Diazepam (Valium)

Gesunder und ausreichender Schlaf ist für das psychische Wohlbefinden eines Menschen sehr wichtig. Chronischer Schlafmangel birgt ein großes Potential psychische Probleme auszulösen. Eine gesunde Schlafhygiene ist also sehr wichtig. Erst wenn alle Änderungen des Lebensstils keinen Erfolg gebracht haben und die Schlafstörungen ein größeres Problem darstellen, sollte zusammen mit einem Arzt eine medikamentöse Behandlung gedacht werden. In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, dass vor dem Ausbruch schwerwiegender psychischer Störungen oft eine Periode der Schlaflosigkeit besteht. Vielleicht kann durch den Einsatz von Schlafmitteln diese Entwicklung gestoppt werden.

Als Hypnotika (Schlafmittel) werden heutzutage meist die sogenannten „Z-Substanzen“ (sie werden so genannt, weil ihr Name jeweils mit einem Z anfängt). Bei diesen Medikamenten handelt es sich um Substanzen, die den gleichen biologischen Wirkmechanismus wie die Benzodiazepine haben. Sie haben eine nur kurze Wirkdauer. Das Abhängigkeitspotential ist mit dem der Benzodiazepine vergleichbar, also nicht wesentlich besser. Fachleute empfehlen, nicht mehr als 10 Schlaftabletten pro Monat einzunehmen.

- Zolpidem (Stilnox)
- Zopiclon (Ximovan)
- Zaleplon (Sonata)

Zur Verbesserung des Schlafs werden auch sedierende Antidepressiva wie Doxepin, Mirtazapin, Trazodon oder Trimipramin verschrieben, was durchaus hilfreich sein kann. Sedierende Neuroleptika wie z.B. Quetiapin sollten jedoch nicht als Schlafmittel verwendet werden.

Eine andere Option ist der Einsatz von sedierenden Antihistaminika, die meist rezeptfrei in einer Apotheke bezogen werden können. Auch sie sollten nur kurzfristig und im Notfall zur Beruhigung und als Schlafmittel verwendet werden. Im Folgenden sind einige Präparate aufgelistet.

- Diphenhydramin (Betadorm, Halbmond)
- Doxylamin (Hoggar)
- Hydroxyzin (Atarax)

Merke:

- Benzodiazepine sind Medikamente, die bei Ängsten gut wirksam sind. Allerdings besteht das Risiko einer Anhängigkeit. Deshalb sollten sie nicht längerfristig eingenommen werden
- Angststörungen kommen sehr oft vor und es handelt sich dabei nicht um eine Krankheit. Seelsorge kann sehr hilfreich sein
- Ausreichender und gesunder Schlaf ist für das psychische Wohlbefinden sehr wichtig
- Bei längerdauernden und schwereren Schlafproblemen können Schlafmittel (Z-Substanzen) hilfreich sein. Sie sollten nur für eine kurze Zeit oder nur bei Bedarf eingenommen werden
- Neben Benzodiazepinen und Z-Substanzen haben auch einige Antidepressiva und Antihistaminika eine sedierende und schlaffördernde Wirkung

3.5. Psychostimulanzien

Psychostimulanzien sind Psychopharmaka, die eine anregende und bei höherer Dosis euphorisierende Wirkung auf die Psyche haben. Die bekanntesten davon sind die Drogen Kokain und Methylamphetamin (Meth, Crack). Alle Psychostimulanzien können zu einer Abhängigkeit und bei längerem Gebrauch zu schweren psychischen Problemen (Schizophrenie, meist Paranoia) führen. Als Medikamente unterstehen sie in Deutschland einer verschärften Verschreibungspflicht. Hier ist eine Auflistung der wichtigsten Mittel:

- Dexamfetamin (Attentin)
- Lisdexamfetamin (Elvanse)
- Methylphenidat (Ritalin, Concerta, Medikinet)
- Modafinil (zur Behandlung der Narkolepsie)

Psychostimulanzien werden hauptsächlich zur medikamentösen Behandlung der hyperkinetischen - und/oder Aufmerksamkeitsstörung (ADS, ADHS) bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Die Diagnose dieser Störungen ist noch immer umstritten und der messbare Langzeiterfolg einer Behandlung mit Psychostimulanzien nicht abschließend gesichert. Die Mittel

haben auch potentiell schwerwiegende Nebenwirkungen (Hemmung des Wachstums, Schlafstörungen, Psychose). In jüngerer Zeit wurde die Diagnose ADHS bei Erwachsenen eingeführt, die so wie bei Kindern behandelt wird. In Bezug auf den Erfolg und die Risiken einer langfristigen Behandlung gilt hier das Gleiche wie bei Kindern. Psychostimulanzien werden meist langfristig (über Jahre) eingenommen.

Merke:

- Psychostimulanzien werden fast ausschließlich zur Behandlung von ADS/ADHS bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt
- Die langfristige Einnahme von Psychostimulanzien ist mit verschiedenen Risiken verbunden. Der Erfolg ist nicht klar belegt.

3.6. Andere Psychopharmaka und natürliche Ergänzungsmittel

Pflanzliche Mittel (Phytopharmaka) wie Baldrian und Passionsblume werden oft als „sanfte“ Psychopharmaka zur Beruhigung und Schlafförderung empfohlen. Dagegen ist bei nur geringfügigen Problemen sicher nichts einzuwenden. Allerdings muss man sich dessen bewusst sein, dass solche Mittel nur schwach wirken und in vielen Fällen nur ein unbefriedigender Erfolg erzielt wird. Homöopathische Mittel können wir nicht empfehlen. Johanneskrautpräparate (z.B. Jarsin®) können bei leichten Depressionen hilfreich sein.

In diesem Abschnitt sollen auch anderen Substanzen (natürliche Ergänzungsmittel), die bei Mangelzuständen die psychischen Probleme positiv beeinflussen oder ganz zum Verschwinden bringen, kurz besprochen werden. Ganz allgemein kann man sagen, dass ein Mangel an Mineralien, Spurenelementen, Vitaminen, Fetten und Aminosäuren psychische Probleme verursachen kann, die z.T. schwerwiegend sind. So kann z.B. ein Mangel an Vitamin B3 (Pellagra) oder Vitamin B12 sogar eine Psychose verursachen, die nur schwer von einer Schizophrenie unterscheidbar ist. Andere Mangelzustände können Zustände erzeugen, die einer Depression oder Angststörung gleichen. Es ist wichtig zu betonen, dass in der Regel aus den Symptomen nicht auf die Ursache der psychischen Störung geschlossen werden kann. In all diesen Fällen muss mit Hilfe entsprechender Laboranalysen ein Mangel nachgewiesen und anschließend durch Gabe des fehlenden Stoffs behoben werden. Da sich in der heutigen Zeit immer mehr Menschen ungesund („Fast Food“) oder einseitig (vegetarisch, vegan) ernähren (55), wird das Ausmaß dieser Problematik weiter zunehmen. Leider wird diesen möglichen Ursachen von psychischen Störungen, obwohl sie schon lange bekannt und in Lehrbüchern der Psychiatrie beschrieben sind, von vielen Ärzten und Psychiatern kein großes Gewicht beigemessen.

Wichtige Problembereiche, die häufiger vorkommen und psychische Probleme verursachen können, sollten von einem Arzt laboranalytisch abgeklärt werden. Es sind dies insbesondere die Folgenden (Zielwerte der Analysen in Klammern, Lit. 56):

- Eisenmangel: Kommt besonders häufig bei menstruierenden Frauen vor. Ferritin (mehr als 80 µg/l) und CRP (weniger als 5 mg/l) sollten im Blut bestimmt werden. Die Bestimmung des Eisengehalts im Blut ist nicht empfehlenswert.

- Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion)
- Blutanalysen: TSH (kleiner als 2,5 mU/l), fT3 (0,9-4,5 ng/l), fT4(8-19 ng/l)
- Nebenniereninsuffizienz (Unterfunktion der Nebenniere)
- Der Cortisol-Gehalt im Blut (40-220 µg/l) sollte morgens (nicht später als 2 Stunden nach dem Aufstehen) bestimmt werden. Alternativ kann auch das Cortisol-Tages-profil im Speichel bestimmt werden. Hierzu gibt es im Internet rezeptfreie Angebote, die eine Interpretation der Resultate einschließen.
- Mangel an B-Vitaminen: Hier sind die Vitamine B12 (190-660 ng/l, Holotranscobalamin (aktives B12) 30-160 ng/l) und Folsäure (3-17 µg/l) besonders wichtig. Daneben kann auch ein Mangel eines der anderen B-Vitamine psychische Probleme verursachen und sollte bei Bedarf bestimmt werden.

Es ist zu betonen, dass sehr viele rein somatische (körperliche) Ursachen (z.B. hormonelle Störungen, Infektionen, Autoimmunerkrankungen, verschiedene Karzinome) psychische Probleme verursachen können. Darauf hier einzugehen ist leider nicht möglich. Erschütternde Erfahrungsberichte von Betroffenen mit schweren psychischen Problemen bei unerkannter Hypothyreose (57) und Eisenmangel (58) bezeugen die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose. Bei schwerwiegenden psychischen Problemen sollte auf jeden Fall eine medizinische Abklärung von einem Internisten und/oder Neurologen erfolgen. Der interessierte Leser wird auf das Buch von Lamparter (10) und die Literaturhinweise in der Rezension des Buchs von Tebartz van Elst (12) hingewiesen.

Merke:

- Die meisten pflanzlichen Psychopharmaka haben nur eine geringe Wirksamkeit und sind nur bei geringfügigen Problemen empfehlenswert. Johanneskrautpräparate können bei leichten bis mittelschweren Depressionen hilfreich sein
- Homöopathische Mittel werden nicht empfohlen
- Viele Mangelzustände und auch körperliche Erkrankungen können psychische Probleme verursachen
- Bei schwerwiegenden psychischen Problemen sollte immer eine medizinische Abklärung von einem Internisten und/oder Neurologen erfolgen

4. Nutzen und Risiken der Psychopharmaka

In diesem Abschnitt sollen abschließend und zusammenfassend verschiedene Aspekte, die mit dem Gebrauch von Psychopharmaka zusammenhängen, besprochen werden. Dabei sollen insbesondere diejenigen Aspekte, die einen direkten Bezug zur Seelsorge und ihrem Erfolg haben, betont werden. Leider gibt es zu dieser Thematik nur sehr wenig Literatur mit einer christlichen Perspektive. Eine Ausnahme ist das Buch der Psychiaterin Laura Hendrickson, das sie zusammen mit der bekannten Seelsorgerin Elyse Fitzpatrick geschrieben hat (59).

Psychische Probleme gibt es schon seit Menschen auf dieser Erde leben. Auch wurden verschiedene psychoaktive Substanzen und Pflanzen schon seit Jahrtausenden zur Linderung

dieser Leiden eingesetzt. Dass es bei der medizinischen Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen Fortschritte gegeben hat, wird sicher niemand bezweifeln. Jedoch ist es die Beobachtung vieler Menschen, dass diese Probleme nicht kleiner, sondern größer werden. Trotz modernster Psychopharmaka und anderer psychiatrischer Behandlungsmethoden wird die Zahl derer, die aufgrund ihrer Leiden invalidisiert werden (d.h. aus dem Arbeitsleben ausscheiden), immer größer. Dazu kommen noch die vielen Menschen, die alleine und ohne Hilfe mit ihren psychischen Problemen leben (müssen). Am liebsten würde man mit dem Propheten ausrufen: „Ist denn kein Balsam (d.h. Medizin) in Gilead? Ist kein Arzt da? Warum hat die Heilung der Tochter meines Volkes keine Fortschritte gemacht?“ (Jer 8,22).

Seelsorger kennen sicher Ratsuchende, die schon erfolglos bei verschiedenen Ärzten und/oder Kliniken Hilfe gesucht haben und dort (mehr oder weniger) nach „den Regeln der Kunst“ behandelt wurden. Sie sind nach den Maßstäben der säkularen Psychiatrie „austherapiert“. Warum gibt es so viel psychisches Leid? Es ist sicher so, dass in der modernen westlichen Welt vieles komplexer, unsicherer und damit auch stressiger geworden ist. Auf der anderen Seite haben die Menschen sich von Gott abgewandt und ihren Lebensstil hin zu einer Kultur des Individualismus und des Hedonismus verändert. Die gesellschaftlichen Strukturen, die in der Vergangenheit den Menschen über einen langen Zeitraum Halt und Sicherheit gaben, werden immer mehr abgebaut. Diese Entwicklung geht mit der Zunahme von psychischen Problemen wie Depressionen und Ängsten einher (60, 61). Dazu kommt noch, dass der moderne westliche Mensch weniger resilient (psychisch widerstandsfähig) als seine Vorfahren ist (62). Früher waren die Kirchen, gute Freunde oder auch der alte Hausarzt Ansprechpartner bei psychischen Problemen. Heute wird sehr schnell der Ruf nach einem Fachmann, dem Psychiater, laut. Seit der Einführung der modernen Psychopharmaka (ab ca. 1950) hat sich die Psychiatrie sehr stark verändert. Nachdem sie in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts stark von verschiedenen psychodynamischen Theorien (z.B. Freud, Jung, Adler) beeinflusst war und die Psyche des Menschen im Vordergrund stand, steht nun die Materie, insbesondere das Gehirn, im Vordergrund. Die biologische Ausrichtung der Psychiatrie geht so weit, dass die Existenz der menschlichen Seele nicht in Betracht gezogen, oder im Sinne der materialistischen Dialektik als Produkt von Gehirnfunktionen angesehen wird. Das Körper-Seele Problem wurde in der Psychiatrie bisher nicht gelöst und in unserer Zeit wird so getan, als ob es dieses Problem nicht gäbe, bzw. als ob es unwichtig wäre. Wenn nun der Mensch auf den Körper reduziert wird, d.h. als biologische Maschine angeschaut wird, hat das natürlich weitreichende Konsequenzen. Eine „seelenlose“ Psychiatrie kann weder die ganze Komplexität des Menschen verstehen, noch wirklich umfassende Hilfe anbieten. Basierend auf dem biologischen Verständnis der Ursachen von psychischen Störungen (z.B. Neurotransmitterungleichgewichte“) besteht die Therapie zum größten Teil in der Gabe von Psychopharmaka.

In Bezug auf das ärztliche Handeln sind die (richtige) Diagnose und die darauf basierende Therapie von fundamentaler Wichtigkeit. Leider müssen wir feststellen, dass die psychiatrischen Diagnosen weit davon entfernt sind, wirkliche Krankheiten wie Masern oder Diabetes zu beschreiben. Vielmehr handelt es sich bei den meisten Diagnosen in den modernen Verzeichnissen (ICD-10 und DSM-5) um künstliche Konstrukte. Viele Diagnosen spiegeln die Pathologisierung von Alltagsproblemen wieder (3).

Die medikamentöse Behandlung solcher Probleme, die früher oft unter dem Begriff „Neurose“ zusammengefasst wurden, ist nicht die richtige Therapie, da ja keine organische Pathologie

vorliegt. Im besten Fall kann durch eine medikamentöse Unterdrückung der Symptome eine Linderung, jedoch keine Heilung, erreicht werden. Dazu kommt, dass wichtige Krankheitseinheiten wie Depression und Schizophrenie unscharf definiert sind und zu einem Sammelbecken ganz verschiedener Störungen wurden.

Die moderne Psychiatrie bietet für jedes psychische Leid eine Erklärung der Ursache und wirksame Hilfe durch eine Medizin an. Der moderne Mensch glaubt diesen Versprechen erwartet von der Psychiatrie Hilfe und Heilung. In unserer Gesellschaft ist die Frage nach dem Sinn des Leidens nicht mehr wichtig, man sucht für jedes Problem nach einer schnellen Behebung durch die Einnahme einer Pille. Der Mensch und seine Umwelt sind sehr viel komplexer und dass es bei dieser Sicht zu vielen Enttäuschungen kommen muss, liegt auf der Hand. Neben solchen „Alltagsproblemen“ gibt es auch schwerwiegende psychische Störungen, bei denen Psychopharmaka eine echte Hilfe darstellen. Dazu kommen auch noch bestimmte Anlagen, die zu einem Menschen gehören. Es gibt z. B. Menschen, die von Natur aus ängstlich sind. Dies ist keine Krankheit, sondern Teil ihrer Persönlichkeit. Hier ist keine lebenslange Einnahme von Psychopharmaka, sondern eine ermutigende Begleitung angezeigt. Manche Menschen müssen es auch lernen, so wie jemand mit nur einem Bein, mit Einschränkungen zu leben. Die Medizin kann nicht jedes Problem lösen.

Die moderne Psychiatrie ist, unbemerkt von der Gesellschaft, in einer großen Krise. In Fachkreisen werden durchaus sehr kritische Aussagen gemacht und auch diskutiert. Die Mehrheit der Psychiater ist jedoch guten Mutes und glaubt an den schon erreichten und noch kommenden Fortschritt. Der bekannte Experte der Geschichte der Psychiatrie und der Psychopharmakologie, Prof. Edward Shorter aus Toronto, drückt es verallgemeinernd so aus: „Die Psychiater behandeln Krankheiten, die es nicht gibt, mit Mitteln, die nicht wirksam sind“.

Nun noch einige Worte zum direkten (unerwünschten) Einfluss von Psychopharmaka auf die Psyche und damit auch auf die Seelsorge und ihren Erfolg. Diese Wirkungen sind natürlich nicht bei jeder Person und jedem Medikament gleich ausgeprägt. Sie hängen natürlich auch von der Höhe der Dosis ab. Wir können hier also nur verallgemeinerte Aussagen bezüglich der möglichen Effekte machen, auf die der Seelsorger achten sollte. Die gleichzeitige Einnahme von mehreren Psychopharmaka erhöht das Risiko des Auftretens dieser Effekte. Moderne Antidepressiva können einen Zustand der emotionalen Indifferenz (Gleichgültigkeit) und Apathie erzeugen. Dadurch geht auch die Fähigkeit, Freude oder Trauer zu erleben, verloren. Eine Ausrichtung auf die Zukunft und die Motivation werden reduziert.

Diese Effekte haben natürlich einen negativen Einfluss auf die Seelsorge und sind unabhängig von der Art der psychischen Probleme (Depression, Angst, Zwänge). Neuroleptika haben in der Regel stärkere Effekte als Antidepressiva. Dazu gehören auch diejenigen Effekte, die von Antidepressiva erzeugt werden (siehe oben). Dazu kommen eine generelle Reduktion der psychischen Energie und eine Gleichgültigkeit gegenüber der Umwelt und den eigenen Empfindungen, Antriebslosigkeit und eine Hemmung des Denkens. Neuroleptika können viele Symptome erzeugen, von der sogenannten „Negativsymptomatik“ einer Schizophrenie nicht unterscheidbar sind.

Psychopharmaka können natürlich auch Wirkungen haben, die als hilfreich empfunden werden. Alle der oben genannten Effekte können als positiv eingeordnet werden, wenn dadurch

der Abstand zum Leiden vergrößert wird. Halluzinationen werden weniger bedrohlich, auch wenn sich nicht verschwinden. Neuroleptika können in der akuten Phase einer Psychose, bei starker Erregung und quälenden psychotischen Ängsten sicher eine echte Hilfe sein. Bei starker innerer Unruhe und Schlafproblemen können Antidepressiva mit einer sedierenden Komponente (z. B. Mirtazapin, Trimipramin und Trazodon) oder auch ein rezeptfreies Antihistaminikum Linderung verschaffen. Bei wiederkehrenden depressiven und/oder manischen Phasen ist Lithium ein seit langem bewährtes Mittel, das sowohl in der akuten Phase, als auch zur Prophylaxe hilfreich ist.

Insgesamt müssen Psychopharmaka bezüglich Nutzen und Risiken neu bewertet werden (63-66). In jedem Fall sollte ein Gebrauch gut überlegt und schon zu Anfang ein Absetzplan besprochen werden. Die Einnahme von Psychopharmaka sollte so kurz wie möglich und die Dosis so tief wie möglich sein.

Merke:

- Viele psychische Leiden aufgrund von „Alltagsproblemen“ werden pathologisiert
- Manche Menschen empfinden die Wirkung von Psychopharmaka als hilfreich
- Die Wirksamkeit von Psychopharmaka wird überschätzt
- Die unerwünschten Nebenwirkungen der Psychopharmaka werden unterschätzt
- Es werden zu viele Psychopharmaka, auch bei geringfügigen Problemen, verschrieben
- Nach Möglichkeit sollten nicht mehrere Psychopharmaka gleichzeitig eingenommen werden
- Guter und ausreichend langer Schlaf ist sehr wichtig. Hier kann der vorsichtige Gebrauch von Schlafmitteln, Antidepressiva mit sedierender Komponente und Antihistaminika hilfreich sein
- Das Absetzen von langfristig eingenommenen Psychopharmaka kann schwierig sein und sollte immer langsam ausschleichend erfolgen
- Psychopharmaka können psychische Probleme erzeugen, die eine Seelsorge negativ beeinflussen
- Lithium ist das Psychopharmakon mit der größten Wirkung

Literatur:

Zum Thema Psychopharmaka gibt es eine unüberschaubar große Zahl an Büchern, Fachartikeln und Internetbeiträgen. Es wird hier nur solche Literatur zitiert, die zum tiefergehenden Studium einer Thematik geeignet ist. Zur besseren Verständlichkeit sind die meisten Texte in Deutscher Sprache, nur wenige wichtige Texte in Englisch.

Es wird jeweils nur der Erstautor angegeben.

1. Wikipedia, Psychopharmakon
<https://de.wikipedia.org/wiki/Psychopharmakon>
2. Schwabe, Arzneiverordnungs-Report 2019 - Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Springer (2019)
Dieses Kompendium wird jedes Jahr neu von einigen führenden Pharmakologen verfasst und ist eine wahre Goldgrube. Die Kommentare sind unabhängig von der Industrie, objektiv und kritisch.
3. Frances, Allen: Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont Buchverlag (2014).
Einer der führenden Psychiater der USA wendet sich gegen die Inflation der psychiatrischen Diagnosen.
4. DGPPN, Basisdaten Psychische Erkrankungen (2020)
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/a2e357dac62be19b5050a1d89ffd8603cfdb8ef9/20201008_Factsheet.pdf
5. Psychopharmaka Zeittafel
<http://www.epsy.de/psychopharmaka/zeittafel.htm>
6. Deeg, Die Mär vom Glückshormon, Spektrum der Wissenschaft, Nr. 51 (2020)
https://www.spektrum.de/news/depression-mythos-serotonin-mangel/1798331?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE
7. Ansari, Serotonin-Hypothese der Depression
<https://www.depression-heute.de/eine-geschichte-voller-missverstaendnisse-die-schon-lange-widerlegt-wurden/>
Ein kritischer Beitrag zum Thema Serotonin-Hypothese der Depression auf der Homepage von Dr. Ansari. Siehe auch die anderen Beiträge auf der Internetseite depression-heute.de und das untenstehende Buch des gleichen Autors.
8. Ansari, Unglück auf Rezept: Die Anti-Depressiva-Lüge und ihre Folgen, Klett-Cotta (2019)
Der etwas provokative Titel dieses Buches sollte nicht von seiner Lektüre abhalten. Das Buch fußt auf der Doktorarbeit des Autors, die er an der Medizinischen Hochschule in Hannover (MHH) eingereicht hat. Es enthält viele interessante Fakten und Ratschläge.

9. Wikipedia, Dopamin-Hypothese der Schizophrenie
https://de.wikipedia.org/wiki/Dopaminhypothese_der_Schizophrenien
10. Lamparter, Wirklich psychisch bedingt? Somatische Differenzialdiagnosen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, Schattauer (2018)
Dieses Handbuch mit fast 500 Seiten deckt ein breites Spektrum von körperlichen Erkrankungen, die sich durch eine psychiatrische Symptomatik zeigen können, ab. Die vielen Fallbeispiele sind dabei sehr hilfreich.
11. Niehaus, Die Psycho-Trojaner. Wie Parasiten uns steuern, Hirzel (2018)
Ist Wahnsinn ansteckend? In gewissem Sinn schon. In diesem Buch werden verschiedene Mikroorganismen (Viren, Bakterien, Parasiten) beschrieben, die schwerwiegende psychische Probleme auslösen können. Dass Syphilis früher viele Menschen ins Irrenhaus gebracht hat, ist vielleicht manchen bekannt. Heutzutage nehmen die Ansteckungen mit diesem Bakterium wieder zu. Auch ein naher Verwandter des Syphiliserregers, die Borrelien, können ernste psychische und neurologische Störungen verursachen.
12. Tebartz van Elst, Vom Anfang und Ende der Schizophrenie: Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept, Kohlhammer (2017)
Eine Rezension des Buchs mit ergänzenden Angaben kann man hier finden:
<https://www.biblische-seelsorge.org/2019/02/22/rezension-vom-anfang-und-ende-der-schizophrenie/>
13. Welch, Ist das Gehirn schuld? Krankheit und Verhalten - eine biblische Sicht, 3L-Verlag (2004)
Der Neuropsychologe und Seelsorger Welch bespricht in diesem Buch einige psychische Problembereiche (Depression, Alkoholismus, Homosexualität, Demenz, Probleme nach Hirnverletzungen) und ordnet ihren Ursprung dem Körper oder der Psyche zu.
14. Benkert, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, Springer (2020)
Auf fast 1000 Seiten fasst dieses Standardwerk das heutige Wissen der gesamten Bandbreite der Psychopharmaka zusammen.
15. Benkert, Pocket Guide Psychopharmaka von A bis Z, Springer (2018)
Kurzfassung des obigen Buchs. Es werden nur die wichtigsten Angaben zu den einzelnen Medikamenten angegeben.
16. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag, Psychiatrie Verlag (2016)
Das Autorenteam aus 3 namhaften Psychiatern hat eine Fülle von interessanten Informationen über die ganze Breite der Psychopharmaka und der psychiatrischen Krankheitsbilder zusammengetragen. Viele praktische Hinweise findet man in vergleichbaren Lehrbüchern nicht.
17. Dreher, Psychopharmakotherapie griffbereit: Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen, Thieme (2018)

Ein lesenswertes Buch des bekannten Deutschen Psychiaters Dr. Dreher. Es enthält eine Fülle von interessanten Informationen. Der Autor vertritt eine gemäßigt kritische Position. Ein Besuch seiner Homepage lohnt sich auch.
<https://psychiatrietogo.de/>

18. Healy, Psychiatric Drugs Explained, Elsevier (2016)
Wertvolle Informationen von einem echten Kenner der Materie. Leider nur auf Englisch erhältlich.
19. Arzneimittel-Kompendium der Schweiz
<https://compendium.ch/search/products>
Nach Eingabe des Wirkstoffnamens werden die in der Schweiz erhältlichen Präparate aufgelistet. Ein Klick auf einen der aufgelisteten Präparatenamen führt zu einer neuen Seite, wo nach Wahl von „Fachinfo“ umfangreiche Informationen zum gewählten Medikament angezeigt werden.
20. Gelbe Liste
<https://www.gelbe-liste.de/profi-suche>
Informationen über alle in Deutschland vertriebenen Medikamente.
21. Arzneimittelinformation Berlin GmbH, arznei-telegramm
<https://www.arznei-telegramm.de/>
Kritische Bewertung von Arzneimitteln durch Fachleute. Unter „erweiterte Suche“ an der linken Seite kann man einfach eine Suche starten (am besten mit dem Namen des Wirkstoffs). Für neuere Information braucht man ein Abonnement.
22. Infomed, pharma-kritik
<https://pharma-kritik.org/>
Kritische Bewertung von Arzneimitteln durch Fachleute. Einfach rechts oben den Suchbegriff eingeben (am besten den Namen des Wirkstoffs). Für neuere Information braucht man ein Abonnement.
23. Cipriani, Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis, Lancet 391: 1357-1366 (2018)
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)32802-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)32802-7.pdf)
24. Sinyor, The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Trial: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 55 (3): 126–135 (2010)
25. Pigott, STAR*D: A tale and trail of bias. Ethical Human Psychology and Psychiatry 13(1): 6-28 (2011)
<http://psychrights.org/research/Digest/AntiDepressants/STARDTaleandTrailofBiasPigot2011.pdf>
26. Whitaker, The STAR*D Scandal: A New Paper Sums It All Up. Psychology Today (2010)
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/mad-in-america/201008/the-stard-scandal-new-paper-sums-it-all>

27. Kirsch, Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, 1(2): Article 2a (1998)
<https://pdfs.semanticscholar.org/2e38/26a18b32d3e029400df21eae5298a02d7985.pdf>
28. Kirsch, Der Placeboeffekt in der antidepressiven Behandlung, *Verhaltenstherapie* 26: 55–61 (2016)
29. Kirsch, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, Basic Books (2011)
In diesem Buch hat Prof. Kirsch die Ergebnisse seiner jahrelangen Forschung über die Wirksamkeit von Antidepressiva und den Placeboeffekt zusammengetragen.
30. Dreher, Kirsch-Studie: Wirksamkeit der Antidepressiva (2013)
<https://psychiatrietogo.de/2013/08/07/kirsch-studie-wirksamkeit-der-antidepressiva/>
Eine kritische Analyse einer wichtigen Publikation über die Wirksamkeit von Antidepressiva aus dem Jahr 2008 von dem bekannten Deutschen Psychiater Dr. Dreher.
31. Müller, Was bringen Psychopharmaka? *ÄrzteZeitung* (2016)
<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Was-bringen-Psychopharmaka-296899.html>
Ein Bericht über kritische Töne an der Jahrestagung der Deutschen Psychiater und Nervenärzte.
32. DGPPN, Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Springer (2017)
Diese Leitlinie der Vereinigung der Psychiater & Psychotherapeuten und der Deutschen Ärztekammer kann auch kostenlos aus dem Internet heruntergeladen werden:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
33. Deeg, Die dunkle Seite der Stimmungsaufheller, *Spektrum der Wissenschaft* (4/2019)
<https://www.spektrum.de/news/machen-antidepressiva-abhaengig/1626864>
34. Lehmann, *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika: Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen*, Peter Lehmann Publishing (2017)
Der Titel sagt schon viel über den Inhalt aus. Interessant sind die Beiträge zu den unerwünschten Nebenwirkungen der einzelnen Psychopharmaka.
35. DGSP, Dokumentation zur Expertenanhörung der DGSP zur Nutzung von Antidepressiva (2018)
https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/Expertenhearing_2018.pdf
36. DGSP, Entzugssyndrom bei Absetzen von Antidepressiva (2020)
https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Fachausschuesse/AD_Zusatzpapier_final.pdf
37. Bschor, *Antidepressiva. Wie man die Medikamente bei der Behandlung von Depressionen richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte*, Südwest Verlag (2018)

Bschor ist Chefarzt und Professor der Psychiatrie. Er ist einer der wenigen Deutschen Psychiater, die Psychopharmaka objektiv und gemäßigt kritisch beurteilen.

38. DGSP, Annahmen und Fakten: Antidepressiva (2019)
https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/DGSP_FA_Psychopharmaka_Annahmen_und_Fakten_Antidepressiva_2019.pdf
39. DGSP, Antidepressiva
<https://www.dgsp-ev.de/psychopharmaka/antidepressiva.html>
Auf dieser Seite befinden sich mehrere wertvolle Dokumente, in denen der Gebrauch von Antidepressiva von Experten kritisch beurteilt wird.
40. Wikipedia, Antidepressivum
<https://de.wikipedia.org/wiki/Antidepressivum>
Dieser Beitrag gibt einen guten Überblick über die verwirrende Vielfältigkeit der verschiedenen Antidepressiva. Die Besprechung der Nebenwirkungen und der Absetzproblematik kommt allerdings zu kurz. In der Englischen Version werden diese besser berücksichtigt.
41. Moncrieff, The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs, Palgrave Macmillan (2013)
Ein sehr informatives Buch einer Englischen Psychiatrieprofessorin zum Thema Neuroleptika. Kritisch und up-to-date.
42. Healy, Immediate Effects of Droperidol, Human Psychopharmacology 13: 113-120 (1998)
Beschreibt die subjektiven Erfahrungen von Mitarbeitern einer psychiatrischen Klinik, die in einem Selbstversuch ein Neuroleptikum einnahmen.
43. Moncrieff, A Straight Talking Introduction to Psychiatric Drugs, PCCS Books (2020)
Alle verschiedenen Klassen von Psychopharmaka werden kritisch besprochen.
44. Wikipedia, Antipsychotikaliste
https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_von_Antipsychotika
45. DGSP, Psychopharmaka
<https://www.dgsp-ev.de/psychopharmaka.html>
46. DGSP, Neuroleptikadebatte
<https://www.dgsp-ev.de/psychopharmaka/neuroleptikadebatte.html>
Auf dieser Seite findet man mehrere sehr interessante Dokumente, die wirklich lesenswert sind. Jedem, der schon Neuroleptika nimmt, als auch denen, die über eine (längerfristige) Einnahme eines Neuroleptikums nachdenken, werden die Dokumente herzlich zur Lektüre empfohlen.
47. Aderhold, Neuroleptika minimal – warum und wie (2014)
https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf

Dieser Artikel des Psychiaters Dr. Aderhold gibt einen sehr guten Überblick über die Problematik der Neuroleptika und ist eine wahre Goldgrube. Er enthält auch wertvolle Tipps zum verantwortungsvollen Umgang mit diesen Medikamenten.

48. Wikipedia, Daten der CATIE Studie
<https://www.wikijournalclub.org/wiki/CATIE>
In diesem Beitrag werden alle relevanten Informationen und Resultate der CATIE Studie zusammengefasst. Ganz am Anfang findet sich ein Link zu der Originalpublikation dieser Studie
49. DGSP, Neuroleptika reduzieren und absetzen (2014)
https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo_Programme_Broschueren/ReduktionNeuroleptika_2014_web.pdf
50. Infos zum kompetenten Absetzen von Antidepressiva, Neuroleptika und anderen Psychopharmaka
www.absetzen.info
51. Lehmann, Psychopharmaka absetzen, Peter Lehmann Publishing (2019)
Erfahrungsberichte Betroffener beim Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern.
52. Schou, Die Lithiumtherapie affektiver Störungen, Thieme (2004)
Ein kleines Büchlein von einem der Väter der Lithiumtherapie.
53. Barroilhet, When and how to use Lithium, Acta Psychiatr Scand 142(3):161-172 (2020)
Der interessierte Leser kann diese interessante Publikation unter dem folgenden Link herunterladen:
https://www.researchgate.net/publication/342111738_When_and_how_to_use_Lithium
54. Phelps, A Spectrum Approach to Mood Disorders: Not Fully Bipolar but Not Unipolar, WW Norton (2016)
Ein hilfreiches und sehr praktisches Buch für alle, die mit schwereren emotionalen Problemen zu tun haben.
55. Prock, Welchen Stellenwert hat Lebensstilmedizin in der Seelsorge?
3L Verlag (2019)
56. Dörner, Taschenlehrbuch Klinische Chemie und Hämatologie, Thieme (2013)
Ein bekanntes Referenzwerk zur Klinischen Chemie.
57. Holmes, Tears behind closed doors, Normandi Publishing (2002)
Der Untertitel lautet: Failure to diagnose an underactive thyroid: the truth behind the tragedy. In diesem Buch beschreibt die Autorin ihr langjähriges Leiden aufgrund einer Schilddrüsenunterfunktion, die trotz vieler Symptome von mehreren Ärzten nicht richtig diagnostiziert wurde. Das Buch enthält auch viele wertvolle Informationen über dieses Krankheitsbild.

58. Strejc, Fehldiagnose Depression: Eine wahre Geschichte, Kindle Ausgabe (2016)
Die Autorin beschreibt ihren jahrelangen Leidensweg aufgrund eines nicht diagnostizierten Eisenmangels. Die Geschichte ist starker Tobak, kann aber für viele hilfreich sein. Ist bei Amazon erhältlich.
59. Fitzpatrick, Elyse: Will Medicine Stop the Pain? Finding God's Healing for Depression, Anxiety, and Other Troubling Emotions, Moody Publishers (2006)
Eines der wenigen Bücher über Psychopharmaka aus seiner christlichen Perspektive. Es werden auch seelsorgerliche Alternativen vorgestellt.
60. Whitaker. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. Crown (2011)
61. Huri, Der Welt nicht mehr verbunden. Die wahren Ursachen von Depressionen - und unerwartete Lösungen, HarperCollins (2019)
Ein Journalist, der selbst lange unter Depressionen gelitten hat, macht sich auf die Suche nach den Ursachen dieses Leidens. Sehr gut geschrieben.
62. Ehrenberg, Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Campus Bibliothek (2015)
Der bekannte französische Soziologe beschreibt die gesellschaftlichen Ursachen von Depressionen. Enthält viele Informationen, die man in Psychiatriebüchern nicht findet.
63. Hasler, Resilienz: Der Wir-Faktor. Gemeinsam Stress und Ängste überwinden, Schattauer (2020)
Ein Plädoyer für mehr Gemeinsamkeit und gegen den Individualismus aus der Feder eines Schweizer Professors für Psychiatrie.
64. Greve, Umgang mit Psychopharmaka, BALANCE Buch + Medien Verlag (2017)
Ein wohlwollend von 3 Psychiatern geschriebenes Buch, das der Betroffene gerne in die Hand nehmen wird. Die Informationen über die Psychopharmaka sind ehrlich und offen.
65. Weinmann, Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen, Psychiatrie Verlag (2008)
Eine kritische Analyse aus der Feder eines Deutschen Psychiaters. Kürzlich ist von ihm im gleichen Verlag eine Kritische Analyse des Zustands der Psychiatrie erschienen (Die Vermessung der Psychiatrie, 2019).
66. Gøtzsche, Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen: Wie Ärzte und Pharmaindustrie die Gesundheit der Patienten vorsätzlich aufs Spiel setzen, Riva (2016)
Prof. Gøtzsche ist ein hochdekorierter Mediziner und Mitgründer einer bekannten Organisation der Evidenzbasierten Medizin, der Cochrane Collaboration.
67. Breggin, Your Drug May Be Your Problem, Da Capo Press (2007)
Das Autorenteam, bestehend aus einem Psychiater und einem Professor der Sozialarbeit, beschreibt in diesem Buch die vielen unerwünschten Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Es liefert viele Informationen, die als Entscheidungshilfe zum Thema pro/kontra Psychopharmaka dienen können. Alternativen zu einer Behandlung mit Psychopharmaka werden aufgezeigt.